

## SUBTOTAL GASTREKTOMİ

Müge YURDACAN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Parsiyel gastrektomi çeşitleri

- » Distal subtotal gastrektomi
- » Wedge rezeksiyon
- » Sleeve gastrektomi
- » Proksimal gastrektomi
- » Pilor koruyucu segmental gastrektomi

### ENDİKASYONLAR

- » Wedge rezeksiyon:
  - » Benign tümör
  - » Travmatik hasar
  - » Gastrointestinal stromal tümörler (1-2cm cerrahi sınıra uygun olduğu durumlarda)
- » Sleeve (tüp) gastrektomi: Bariyatrik veya metabolik cerrahi
- » Subtotal distal gastrektomi:
  - » Mide dokusunun distal 2/3 kısmındaki malign tümörler
  - » Refrakter peptik ülser hastalığı veya nöroendokrin tümörlerle ilişkilendirilen ülser hastalığı
  - » Travmatik hasar

- » Proksimal gastrektomi:
  - » Mide dokusunun proksimal 1/3 kısmındaki malign tümörler
  - » Travmatik hasar
- » Pilor koruyucu gastrektomi: Mide dokusunun orta 1/3 kısmındaki erken mide kanseri

### AMELİYAT HAZIRLIĞI

- » Operasyon öncesi tıbbi değerlendirme ve komorbiditelerin tespiti önemlidir.
- » Antibiyotik profilaksisi: Ameliyattan önce sefazolin (<120kg: 2g iv; ≥120kg: 3 g iv) şeklinde önerilir.
  - » Beta-laktam alerjisi olanlarda; klindamisin veya vankomisin + aminoglikozid veya aztreonam veya florokinolon grubu kullanılabilir.
  - » Kolon yaralanma riski daha yüksek olan veya kolon invazyonu nedeniyle kolon rezeksiyonu gerekebilecek hastalarda metronidazol gibi kolon florasına etki gösterecek ilaçların eklenmesi önerilir [1].
- » Tromboprofilaksi: Özellikle malignite için parsiyel gastrektomi yapılacak ise tromboprofilaksi (düşük molekül ağırlıklı heparin) uygulanması önerilir [2].

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Tuzla Devlet Hastanesi, mugeyrdcn@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-8653-1309

ğırsağa su çeker ve vazoaktif hormonların (serotonin ve vazoaktif intestinal polipeptid gibi) salınımının artmasına neden olur. Erken dumping; yemek alımını takiben yaklaşık 30 dakika içinde başlar ve klinik semptomları, bulantı, ishal, şişkinlik, taşikardi, senkop ve hipertansiyon şeklindedir. Geç dumping ise yemekten 2-4 saat sonra başlayan benzer semptomlarla karakterize durumdur. Buradaki oluşum mekanizmasının postprandiyal insülin pikine bağlı olarak gelişen hipoglisemi olduğu düşünülmektedir [14].

- » Efferent lup sendromu: Billroth II ameliyatlarında erken dönem nedenleri anastomozda ödem veya cerrahi teknikten kaynaklanan kıvrılma olabilir. Geç dönem nedenleri arasında ise, anastomozdaki ülser, brid, jejunogastrik intussepsiyon veya kanser rekürrensi sayılabilir. Klinik belirtileri; karında kramp, bol safralı kusma şeklindedir. Hastaların kusma sonrası rahatlaması tipiktir [15].
- » Afferent lup sendromu: Kusmanın biliyer karakterde olmaması ve hastanın kusma ile rahatlamaması nedeniyle efferent lup sendromundan klinik olarak ayrılabilir.
- » Malnütriye ve beslenme eksiklikleri
- » İnternal herniasyon: Roux-en-Y rekonstrüksiyonda 3 tip herniasyon olabilir. İlki, gastrojejunostomiyi oluşturan jejunal anastomozun transvers mezokolondan geçtiği defekte olur. Peterson hernisi, Roux kolu mezenterisi ile mezokolon arasındaki açıklıktan olur. Son olarak herniasyon, jejunostomi bölgesinde jejunostomi mezenterisi arasından olabilir [16].
- » Anastomoz striktürü
- » Marjinal ülser
- » Kanser rekürrensi

## KAYNAKLAR

1. Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, Perl TM, Auwaerter PG, Bolon MK, Fish DN, Napolitano LM, Sawyer RG, Slain D, Steinberg JP WR. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *Am J Heal Syst Pharm.* 2013;70(3):195–283.
2. Anderson DR, Morgano GP, Bennett C, Dentali F, Francis CW, Garcia DA, et al. American Society of Hematology 2019 guidelines for management of venous thromboembolism: prevention of venous thromboembolism in surgical hospitalized patients. *Blood Adv.* 2019;3(23):3898–3944.
3. Beyer K. Surgery Matters : Progress in Surgical Management of Gastric Cancer. *Curr Treat Options in Oncol.* 2023;24:108–29.
4. Lordick F, Carneiro F, Cascinu S, Fleitas T, Haustermans K, Piessen G, et al. Gastric cancer : ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis , treatment. *Ann Oncol [Internet].* 2022;33(10):1005–20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.07.004>
5. Ajani JA, Amico TAD, Bentrem DJ, Chao J, Cooke D, Corvera C, et al. Gastric Cancer, Version 2.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. 2022;20(2):167–92.
6. Jiang Z, Liu C, Cai Z, Shen C, Yin Y, Yin X, et al. Impact of Surgical Margin Status on Survival in Gastric Cancer : A Systematic Review and. *Cancer Control.* 28:10732748211043664.
7. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 ( 6th edition ). *Gastric Cancer.* 26(1):1–25.
8. Mönig S, Ott K, Gockel I, Lorenz D, Ludwig K, Messmann H, Moehler M, Piso P, Weimann A MH. S3-Leitlinie Magenkarzinom – Diagnostik und Therapie der Adenokarzinome des Magens und ösophagogastralen Übergangs : Version 2.0 – August 2019. AWMF-Registernummer: 032/009OL [S3 guidelines on gastric cancer-diagnosis and treatment of adenocarcinoma of the. *Chirurg.* 2020;91(1):37–40.
9. Gao Y, Lu Y. Variations of Gastrocolic Trunk of Henle and Its Significance in Gastrocolic Surgery. *Gastroenterol Res Pr.* 6:2018:3573680.
10. Cao L, Huang C, Lu J, Zheng C, Li P, Xie J, et al. The Impact of Confluence Types of the Right Gastroepiploic Vein on No . 6 Lymphadenectomy During Laparoscopic Radical Gastrectomy. 2015;94(6):1–7.
11. Mortensen K, Nilsson M, Slim K, Schäfer M, Mariette C, Braga M, et al. Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy. *Enhanced Recovery After Surgery ( ERAS® ) Society recommendations.* *Br J Surg.* 2014;101(10):1209–29.
12. Carrère, N., Seulin, P., Julio C. Is Nasogastric or Nasojejunal Decompression Necessary after Gastrectomy? A Prospective Randomized Trial. *World J Surg.* 2007;31:122–7.

13. Shimizu N, Oki E, Tanizawa Y, Suzuki Y, Aikou S, Kuni-saki C. Effect of early oral feeding on length of hospital stay following gastrectomy for gastric cancer : a Japanese multicenter , randomized controlled trial. *Surg Today* [Internet]. 2018;48:865–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00595-018-1665-4>
14. Davis JL, Ripley RT. Postgastrectomy Syndromes and Nutritional Considerations Following Gastric Surgery. *Surg Clin NA* [Internet]. 2017;97(2):277–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2016.11.005>
15. Lee WY, Moon JS. Endoscopic treatment of efferent loop syndrome with insertion of double pigtail stent. *World J Gastroenterol*. 2013;19(41):7209–12.
16. Patel RY, Baer JW, Texeira J, Frager D, Cooke K. Internal hernia complications of gastric bypass surgery in the acute setting : spectrum of imaging findings. *Emerg Radiol*. 2009;16:283–9.